

## Solicitud Inclusión de Dependientes



Fecha solicitud   d, d  /  m, m  /  a, a, a, a  

**Datos de la Empresa**

RNC \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del afiliado \_\_\_\_\_

Contrato \_\_\_\_\_ No. afiliado \_\_\_\_\_  Cédula  Pasaporte  
96 - 95

Nombre del plan  PDSS  Fundamental  Superior  Royal  Max  Platinum

**Datos del Dependiente**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Parentesco  Cónyugue  Hijo(a)  Padre/Madre  Otro (indique) \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento   d, d  /  m, m  /  a, a, a, a  

Nacionalidad  Dominicano (a)  Otro (indique) \_\_\_\_\_  Cédula  Pasaporte \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Parentesco  Cónyugue  Hijo(a)  Padre/Madre  Otro (indique) \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento   d, d  /  m, m  /  a, a, a, a  

Nacionalidad  Dominicano (a)  Otro (indique) \_\_\_\_\_  Cédula  Pasaporte \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Parentesco  Cónyugue  Hijo(a)  Padre/Madre  Otro (indique) \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento   d, d  /  m, m  /  a, a, a, a  

Nacionalidad  Dominicano (a)  Otro (indique) \_\_\_\_\_  Cédula  Pasaporte \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Parentesco  Cónyugue  Hijo(a)  Padre/Madre  Otro (indique) \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento   d, d  /  m, m  /  a, a, a, a  

Nacionalidad  Dominicano (a)  Otro (indique) \_\_\_\_\_  Cédula  Pasaporte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Firma de Contratante

\_\_\_\_\_  
Sello

## Declaración de Salud

Está Usted (su esposa) embarazada?  Si  No En caso afirmativo ¿cuantas semanas?

Transcurre normalmente?  Si  No En caso negativo, explique

Marque con una X si alguno de sus dependientes ha padecido alguna(s) de las enfermedades o afecciones indicadas a continuación, en caso afirmativo especifique quien

Enfermedades cardiacas  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)

Hipertensión Arterial  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)

Cáncer  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)

Diabetes  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)

Enfermedad de los Riñones  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)

Afecciones de la Próstata  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)

Ha padecido alguno de sus dependientes alguna enfermedad o lesión durante los últimos tres meses?  Si  No En caso afirmativo, quien y el tipo de lesión o enfermedad

Se ha recomendado a alguno de sus dependientes alguna intervención quirúrgica o tratamiento?  Si  No En caso afirmativo, especifique las sigtes. informaciones

Fecha	Nombre del Paciente	Tratamiento	Duración	Nombre del médico	Nombre de la clinica

Certifico que las respuestas a las preguntas que anteceden son verdaderas, exactas, completas y obligatorias para todos las partes interesadas en el seguro solicitado y que constituye la base y condición para obtención del seguro de salud.

Firma del Titular

Fecha